




MODULO REGOLAZIONE PREMIO

Inviare al fax n. 0773.01.98.57, oppure all'indirizzo: info@sicurezzascuola.it

ISTITUTO SCOLASTICO					
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO GEREMIA RE				
Indirizzo	VIA TURATI 73045 LEVERANO (LE)				
Telefono	0832921080	Fax:	0832921080		
Cod. Ministeriale:	LEIC83000A	Cod. Fiscale:	93018170758	Cod. Univoco:	UFDNME
E-mail:	leic83000a@istruzione.it		Operatore Scuola Assegnatario:	EP	
N. Pol. Fortuni/R.C./Assistenza/Tutela Legale AIG Europe Limited:					730010 / 28310
Data effetto:	16/11/2017	Data scadenza:	16/11/2019	Periodo di assicurazione:	16/11/2017 - 16/11/2018
PERSONALE DIRIGENTE E DIRETTIVO					
Dirigente Scolastico	ROLLO COSIMO			Data di nascita	
Email Dirigente Scolastico	LEI83000A@ISTRUZIONE.IT				
Direttore I.G.A.	CAPONE MASSIMO			Data di nascita	
Email Direttore S.G.A.	LEIC83000A@ISTRUZIONE.IT				
POPOLAZIONE SCOLASTICA					
Numero complessivo degli studenti iscritti all'istituto 100%	771	Numero complessivo di tutti gli operatori scolastici in servizio (Dirigente, DSGA, Personale docente e non docente) 100%	88		
Di cui n. alunni H	17	Di cui n. docenti di sostegno	6		
DETERMINAZIONE DEL PREMIO DI POLIZZA - ART. 10 OPZIONI DI COPERTURA - CALCOLO DEL PREMIO DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE					
<input checked="" type="checkbox"/> Opzione 3 - copertura alunni e/o operatori scolastici con adesione globale e/o nominativa	Pagamento del premio da parte degli studenti e degli operatori scolastici (100%) Massima tolleranza 5% [in caso di superamento della percentuale di tolleranza (5%) per una o per entrambe le categorie di assicurati occorre allegare al presente documento il modulo "elenco assicurati in forma nominale"]				
Numero studenti paganti	754	moltiplicato	€ 4,50	Premio totale di polizza	€ 3.730,50
Numero operatori scolastici paganti	75				

Formato firma simpli di polizza: PDF	Emissione fattura elettronica: SI
MODALITÀ ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO DEL PREMIO DI POLIZZA ART.11 DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	
ATTENZIONE!	Termine ultimo per la RESTITUZIONE del presente modulo: 15/01/2018
	Termine ultimo per il PAGAMENTO del premio di polizza: 14/02/2018
	Il presente modulo deve essere inviato al fax n. 0773.01.98.57, oppure all'indirizzo: info@sicurezzascuola.it
	Bonifico bancario a favore di: BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c. Presso: UBI BANCA S.P.A. FILIALE DI LATINA IBAN: IT 97 H 03111 14701 0000 0000 5919 - BIC: BLOPIT22 Indicare nella causale del versamento il codice CIG: Z921FDFD64
	Non saranno accettati versamenti di importo inferiore a quello sopra riportato.
Vi invitiamo pertanto ad informare il Vostro Istituto bancario affinché non addebiti alla scrivente Società le commissioni del mandato di pagamento. Per qualsiasi informazione relativa alla compilazione del presente modulo, telefonare al numero 0773.62981	

LUOGO E DATA  Lecco 23/11/2017
 Luogo e data



Il Dirigente Scolastico
 Dott. Cosimo ROLLO
 Timbro dell'Istituto Scolastico e Firma del Dirigente